

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 9

Le Mickulicz dans les annexites bacillaires

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Janvier 1938

PAR

Pierre BONALD

Né le 2 Novembre 1912, à Béziers (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	}	LAPEYRE, professeur, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, professeur		
		GUIBAL, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DU PROGRES

7, Rue Castel-Moton - Téléphone 51-85

1938

**Le Mickulicz dans les
annexites bacillaires**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

Le Mickuliz dans les annexites bacillaires

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Janvier 1938

PAR

Pierre BONALD

Né le 2 Novembre 1912, à Béziers (Hérault)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs de la Thèse	{	LAPEYRE, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, professeur		
		GUIBAL, agrégé		
		ROUX, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DU PROGRÈS

7, Rue Castel-Moton - Téléphone : 51-85

1938

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique, médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBRONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, assesseur
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge ..	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Chargé de cours)	LAUX
Histologie (Chargé de cours)	GRANEL

HONORARIAT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	MM. N...
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. Hbrs
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	BOUDET
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des Maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

AGREGES EN EXERCICE

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. JANBON
	BAUMEL
	RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DÉJEAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

LAPEYRE, professeur, *président* | GUIBAL, agrégé
ETIENNE, professeur | ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*Dont la vie est pour moi le
plus bel exemple de droiture,
d'amour familial et de sacrifi-
ces sans bornes.*

*Bien faible témoignage de
ma profonde affection filiale.*

A MA SECONDE MERE

*Qui depuis ma plus tendre
enfance m'a prodigué avec dou-
ceur un dévouement de tous les
instants.*

Hommage très affectueux.

A MON GRAND-PERE

*Avec ma respectueuse affec-
tion.*

A MA SŒUR

*Avec mon sincère attache-
ment et mon inaltérable affec-
tion.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A qui je dois une grande
partie de mes connaissances
cliniques.*

*En témoignage de ma grati-
tude pour l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant de présider
ce travail.*

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage très respectueux.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GUIBAL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il veuille bien trouver ici
une preuve de ma respectueuse
sympathie, et de ma profonde
vénération.*

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant de faire partie de
mon jury de thèse.*

A MA TANTE, JEANNE BONALD

*Hommage reconnaissant pour
les multiples preuves de son
affection toute désintéressée.*

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de mes études et sur le point de prêter serment devant mon jury de thèse, il me reste un devoir très agréable à remplir : celui de remercier les Maîtres que j'ai connus et qui m'ont conduit durant ma vie d'étudiant.

M. le Professeur Lapeyre me fait le grand honneur de présider mon jury, je l'en remercie infiniment ; je n'ai passé que trop peu de temps à mon gré, comme externe, dans son service ; mais point n'était besoin d'un plus long séjour pour en garder le souvenir d'un Maître toujours affable et bienveillant dont l'esprit clinique si directement pratique me reste un modèle et un exemple à suivre.

Je dois à M. le Professeur agrégé Guibal une partie de mes connaissances. Il m'a toujours guidé avec douceur, me montrant chaque jour la modestie nécessaire à l'exercice de la médecine. C'est auprès de lui que j'ai accompli dans le service de M. le Professeur Massabiau mes premiers pas d'externe ; je lui adresse mes respectueux et reconnaissants hommages.

Je suis enfin redevable à tous mes Maîtres de la Faculté et dans les diverses branches, de leur précieux enseignement.

Mes conférenciers d'externat emportent le souvenir de veillées studieuses dans une atmosphère d'amicale sympathie.

INTRODUCTION

L'état actuel de nos connaissances concernant le traitement de la tuberculose annexielle permet dans un grand nombre de cas, de décider nettement sur la conduite à tenir; néanmoins certains points intéressants n'ont pas été spécialement étudiés. Notre travail s'efforcera, dans la mesure du possible, de discuter les résultats du tamponnement de Mickulicz dans les annexites tuberculeuses graves.

Plusieurs cas de tuberculose salpingo-péritonéale ont été traités dans le service de M. le Professeur Lapeyre par l'intervention chirurgicale. En dehors de la conduite opératoire elle-même, conservatrice dans la mesure du possible, dans de certains cas on a terminé l'intervention par un drainage et, contrairement en apparence aux notions jusque-là admises, on n'a pas observé de fistulisations tuberculeuses. M. le Professeur Lapeyre nous a alors demandé d'étudier spécialement la question, ne nous imposant aucune conclusion préconçue, mais au contraire, nous demandant de faire un exposé impartial de nos recherches.

Dans le drainage opératoire des lésions tuberculeuses, tous les procédés de drainage ont été utilisés, mais nous limiterons notre étude à l'emploi du Mickulicz pour de

nombreuses raisons: d'abord parce que les drainages aux mèches ou aux drains, par voie abdominale ou par voie vaginale, s'adressent à des lésions de gravités très diverses. Il est en effet impossible de grouper dans les mêmes statistiques les résultats d'un drainage pariétal peu étendu et ceux du drainage abdomino-périnéal le plus large. Il y a peut-être une grande similitude entre un tamponnement aux mèches très tassées et le Mickuliez, puisque Pozzi utilisait l'une ou l'autre technique indifféremment, mais vouloir grouper les résultats de ces deux méthodes laisse encore une limite imprécise entre un tamponnement par des mèches et un drainage par une mèche unique de petites dimensions.

Nous limiterons donc notre étude au Mickuliez et partant, nous serons amenés à considérer dans l'ensemble des cas comparables par leur gravité clinique et opératoire.

Nous suivrons dans l'exposé de nos recherches, le plan suivant:

- I. — Le problème général de la technique chirurgicale dans les cas graves où l'intervention présente des difficultés tactiques;
- II. — Les observations de drainage au Mickuliez;
- III. — Les constatations basées sur ces observations;
- IV. — Les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ANNEXITES TUBERCULEUSES GRAVES

A) Nous ne parlerons que pour les éliminer, des cas où le problème ne se pose pas.

— Soit que l'intervention soit contrindiquée :

a) Contrindications d'ordre général :

lésions tuberculeuses viscérales graves, évolutives ; cachexie très avancée ; autres tares somatiques ;

b) Contrindications d'ordre local :

lésions très étendues avec fistulisations multiples.

— Soit que l'intervention doive être retardée :

Formes aiguës de la tuberculose génitale.

— Soit enfin que, quoique indiquée, l'intervention ne présente pas de dangers spéciaux :

Ascite essentielle : laparotomie simple plus héliothérapie ou ultra-violets sur le péritoine pelvien ;

Salpingo-ovarites simples : qu'il s'agisse de lésions scléreuses ou d'abcès froid tubaire, en l'absence d'adhérences inflammatoires étendues.

Dans ces cas, les opérations d'exérèse pouvant être en général typiques, elles exposent à peu d'aléas et nous ne discuterons pas ici l'opportunité d'une technique conservatrice (Villard, Patel et Olivier) ou au contraire, d'une exérèse étendue (J.-L. Faure, Lenormand et Monlonguet; Daniel).

B) Nous envisagerons au contraire les cas de lésions annexielles bilatérales graves avec pelvi-péritonite étendue.

Avant toute discussion thérapeutique, se pose le problème du diagnostic. Le diagnostic d'extension est difficile, et s'il est des cas où la mobilité d'une masse annexielle, de l'utérus, permet de supposer l'intégrité du péritoine, dans de nombreux autres, devant un empâtement étendu, on suppose l'atteinte péritonéale mais il reste difficile d'en préciser la gravité.

53 % des cas	Keller-Thaddee.
62 %	Brocq-Moulonguet.
80 %	Dominic.

Reste enfin la question du diagnostic étiologique.

On sait les difficultés rencontrées, dans certains cas, au point que, pièces en mains, le diagnostic reste en suspend encore. L'étiologie tuberculeuse est en faveur de l'intervention, mais reste pour la conduite opératoire un facteur défavorable.

Dans les cas que nous envisageons, la laparotomie exploratrice sera donc en général proposée, comme étape diagnostique et thérapeutique. Deux solutions sont alors possibles :

- la fermeture après héliothérapie simple;
- les opérations d'exérèse.

Les avis les plus divers sont proposés en dehors des opinions extrêmes de ceux qui s'abstiennent dans tous ces cas et de ceux qui opèrent toujours (Keller-Feter-son); la juste mesure semble résider dans un opportunisme basé sur l'inventaire exact des lésions. Dès lors, l'opérateur décidera d'après divers facteurs parmi lesquels entrent en jeu :

- l'origine tuberculeuse;
- la nature et le siège des adhérences;
- l'existence d'abcès enkystés, de fistules intestinales ou urinaires.

Il faut donc prévoir l'ouverture de cavités septiques, les difficultés de l'hémostase et de la péritonisation. C'est ici que se pose la question du drainage.

Il vaudrait mieux ne pas avoir à utiliser le drainage dans les pelvi-péritonites bacillaires, et pour cela il semble préférable de ne pas pratiquer des interventions qui dépassent les limites que l'expérience maintenant plus complète des mauvais cas, nous permet, aujourd'hui, de connaître : « Il est à souhaiter que l'on puisse se passer de drainage par tube abdominal ou vaginal » a affirmé Brocq au Congrès de Gynécologie de 1933.

Le drainage des annexites tuberculeuses est donc très controversé.

En théorie, la réponse est facile, la tuberculose ne se draine pas. En pratique, il en est tout autrement. Quelle qu'ait été la prudence de l'opérateur, le judicieux de la décision opératoire, l'habileté manuelle, on se trouve souvent, soit devant une situation d'emblée désastreuse : gros abcès mal limité, fistules intestinales, surtout celles siégeant sur le grêle; soit devant une situation qui se complique en cours d'intervention d'une façon impré-

visible par la rupture d'adhérences ouvrant l'intestin, la vessie, un abcès enkysté, ou qui laissent de larges surfaces saignantes dépéritonisées.

Dans certains cas, une péritonisation atypique, un cloisonnement du bassin avec l'S iliaque, permettent d'arrêter une hémorragie en nappe et de prévenir les adhérences post-opératoires. Mais si l'infection est associée à l'hémorragie, ou si, malgré une intervention correcte, on redoute l'ouverture secondaire d'un abcès, le lâchage d'une suture intestinale, le drainage devient une mesure de prudence.

Il a été utilisé :

25 fois sur 38 opérations	Daniel C.
8 — 9 —	Aubert.
17 — 28 —	(In thèse Remilly.)
32 — 76 —	Hartmann.
7 — 23 —	M. Lapeyre.

Encore faut-il distinguer entre les divers modes de drainage. Le drainage par voie vaginale et le drainage par voie abdominale aux drains, constituant le mode le plus utilisé. En général, le but poursuivi est surtout l'évacuation permanente des suffusions septiques du petit bassin; mais ce moyen est souvent insuffisant, car même en associant les mèches aux drains, il n'a qu'un faible rôle hémostatique et aucun pouvoir d'isolement. Le tamponnement de Mickulicz pallie à tous ces inconvénients, mais il est fort peu employé en raison d'une part des procédés de péritonisation plus haut cités et d'autre part des suites opératoires défavorables qu'on lui impute.

Il a été utilisé :

9 fois sur 25 cas de drainage	Daniel C.
1 — 9 — —	Aubert.
2 — 17 — —	Remilly.
22 — 32 — —	Philippe.
1 — 7 — —	M. Lapeyre.

Avant de discuter les résultats, nous allons exposer les observations que nous avons pu réunir en faisant appel à des sources très diverses.

CHAPITRE II

Observations de drainage au Mickulicz

a) Les cas favorables

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur LAPEYRE)

Pyosalpinx tuberculeux bilatéraux; fistulisation dans le rectum; hystérectomie subtotale; drainage au Mickulicz.

A. R., épouse R. I., 25 ans.

Entre dans le service le 18 octobre 1935 pour algies pelviennes.

Antécédents généraux:

Rougeole dans l'enfance.

En 1929, fracture du bassin, de la colonne vertébrale (L 1), et de la rotule droite. Paraplégie pendant six mois. Depuis, la marche est possible mais difficile.

Antécédents génitaux:

Réglée à 13 ans.

Règles très irrégulières, non douloureuses, durant cinq jours, moyennement abondantes. Pertes blanches rares.

Une grossesse normale terminée spontanément à terme. L'enfant est actuellement âgé de 8 ans.

— Les troubles dont se plaint la malade remontent au mois de septembre 1935. Ils ont débuté par une douleur brutale de la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans le membre inférieur gauche. Depuis ce temps-là, la douleur revient par crises, assez rapidement calmées par le repos.

Le Docteur V., ayant constaté une tumeur pelvienne, fait entrer la malade à la clinique gynécologique.

L'examen clinique:

Abdomen souple et indolore.

Au toucher, le col utérin est dur et ferme. Son orifice externe admet l'extrémité de l'index. Le corps est difficile à délimiter; on sent, en effet, dans le pelvis, une masse irrégulière, bosselée, de consistance inégale, très sensible dans la portion droite, mobilisable, et qui paraît constituée par un utérus flanqué de deux salpingites kystiques adhérentes.

Au toucher rectal: On sent, en arrière du col utérin et au-dessus de lui une sorte de saillie sensible qui pourrait bien répondre à un orifice de communication entre un pyosalpinx et le rectum.

Après le toucher, on remarque l'écoulement abondant de pus fétide par l'anus.

On pose le diagnostic de pyosalpinx adhérents bilatéraux fistulisés dans le rectum.

L'azotémie est à 0,16; le B.-W. est négatif.

On pratique la vaccination pré-opératoire. (Weill et Dufour)

Intervention le 6 novembre 1935.

Anesthésie générale éther Ombredane.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture, on aperçoit le bassin bloqué par des adhérences unissant l'utérus et les annexes à l'S iliaque et aux anses grêles; pas d'adhérences épiploïques. On amorce de suite la libération des anses grêles, qui se fait assez facilement.

Cependant, l'une d'elles présente une adhérence charnue; cette adhérence est coupée aux ciseaux, mais l'anse se trouve ouverte en un point que l'on enfouit sous un double surjet. On revient alors au bassin où l'S iliaque adhère intimément aux annexes. On commence d'abord par libérer et extraire du pelvis les annexes droites dont le volume est celui d'une petite orange. Cette libération est assez pénible et au cours de ces manœuvres, on ouvre des poches de pus qui dégage une odeur fétide. Pour se donner du jour, on se débarrasse de ces annexes en les sectionnant entre deux pinces. On libère alors la face postérieure de l'utérus, mais il paraît difficile en procédant de bas en haut de dégager les annexes gauches de l'E iliaque à laquelle elles adhèrent intimément. Ces annexes en effet, ayant basculé autour du ligament large comme charnière, sont adhérentes jusqu'au fond du Douglas. On décide, après avoir mis une pince sur la trompe et une sur le ligament infundibulo-pelvien, de couper le ligament large, de façon à libérer complètement en dehors, le bloc formé par la trompe, les annexes gauches et l'S iliaque. On peut alors, sous le contrôle de la vue, séparer les annexes de l'S iliaque et les enlever. L'E iliaque est alors examiné; elle présente, assez près de la charnière recto-sigmoïde, une perforation de 6 à

7 mm. de diamètre, bordée d'un tissu lardacé, indice d'un processus de réaction conjonctive autour du trajet fistuleux qui mettait en communication la lumière intestinale et le pyosalpinx.

On enfouit cette perforation sous un double surjet séro-séreux au catgut zéro.

On termine l'opération par l'ablation de l'utérus sectionné au niveau de l'isthme.

Péritonisation assez satisfaisante après ligature des pédicules vasculaires. Certaines régions restent néanmoins cruentées et l'opération ayant été laborieuse et probablement septique par suite de la fistulisation dans l'intestin, on met en place un Mickulicz que l'on garnit de quatre mèches. On referme alors la paroi en trois plans autour du sac.

Suites opératoires:

Elles sont remarquablement simples, la température n'ayant pas dépassé 37°5, et le pouls s'étant maintenu à 80.

Etat local: on enlève les mèches du 7 au 12 novembre. et sac le 13 novembre sans aucun incident.

Le 17 novembre, évacuation spontanée d'un petit abcès d'odeur fétide par un petit pertuis au-dessous du trajet du Mickulicz. L'écoulement se tarit en quelques jours.

Le 21 novembre, on enlève les points, la fermeture du trajet du sac progresse.

Le 25 novembre, on commence l'application de rayons ultra-violets.

Lever le 15 décembre.

La malade sort le 11 janvier 1936, l'état général est excellent; localement, il persiste une petite ulcération

de la ligne de suture, bien insignifiante. La malade suivra un traitement héliothérapique.

La preuve de la nature tuberculeuse de ces lésions salpingo-péritonéales est fournie par l'examen histologique de la pièce; il s'agit manifestement de lésions tuberculeuses opératoires, tubaires et ovariennes.

Redoutant une tuberculisation de la plaie fistuleuse, on en envoie un fragment à l'examen: lésion d'inflammation suppurative sans caractère histologique spécifique.

En somme, lésion de salpingite tuberculeuse bilatérale avec pelvi-péritonite, abcès péritonéaux enkystés, fistulisation intestinale; guérison complète en trois mois.

OBSERVATION II

(GUYOT et PRINCETEAU)

Bulletin de la Soc. de Gynécol. et Obstétr., 1926, 485.)

31 ans. Mauvais état général, malade fébrile à 38°5.

Evacuation de pus par l'anus quotidiennement depuis deux mois.

Bombement du cul-de-sac postérieur au toucher vaginal.

Colpotomie vaginale.

Amélioration nette.

Réintervention quatre mois après: on trouve une annexite avec pelvi-péritonite bloquant tout le petit bassin.

On pratique une hystérectomie subtotalé.

La péritonisation complète est impossible. On met en place un Mickulicz; celui-ci est retiré au dixième jour sans incident. Les suites ultérieures furent très favorables sans fistules.

OBSERVATION III

(*In thèse* PHILIPPE)

Mme L., 26 ans.

Entre le 1^{er} mars 1922. Température, 38°. Annexite tuberculeuse avec pelvi-péritonite.

Intervention: Péritonite caséreuse avec gros abcès enkystés.

Hystérectomie, Mickulicz.

Sort guérie deux mois après, sans fistule.

OBSERVATION IV

(*Même origine.*)

Mme B., 28 ans.

Entre le 6 mars 1920: Abcès froid tubaire adhérent avec péritonite tuberculeuse généralisée.

Péritonisation impossible: Mickulicz.

Suites bonnes, sans fistules, ni éventration.

OBSERVATION V

(*Même origine.*)

Mlle L., 24 ans. Entre le 27 mars 1922. Fièvre, 39°.

On porte le diagnostic de salpingite bilatérale. Adhéhrences étendues.

Mobilisation impossible de l'utérus et des annexes.

Hystérectomie par le procédé de Kelly. Mickulicz;

Sort le trente-huitième jour.

suites normales.

OBSERVATION VI

(*Même origine.*)

Entre le 16 janvier 1915 avec le diagnostic d'hématocèle.

Masse annexielle bilatérale. Hystérectomie, Mickulicz.

Sort le quarantième jour, en bon état général et local.

OBSERVATION VII

(*Même origine.*)

Mme G., 30 ans. Entre le 4 juillet 1923.

Pyosalpinx bilatéral avec fibrome utérin.

Tout est bloqué. Hystérectomie, Mickulicz et drain vaginal.

Guérison sans fistulisation.

OBSERVATION VIII

(*Même origine.*)

Entre avec le diagnostic d'hématocèle. On trouve des signes de salpingite kystique, adhérente bilatérale.

Hystérectomie par le procédé de Kelly; Mickulicz.
Sort guérie le vingt-septième jour.

OBSERVATION IX

(SANTY: « *Traitement de la péritonite tuberculeuse* ».
Société de Chirurgie de Lyon, décembre 1927.)

Mlle B., 23 ans.

Aucun antécédent pathologique.

En mars 1926, crise abdominale violente qui simule, pendant vingt-quatre heures, une histoire appendiculaire. Les signes se localisent au pelvis. Plastron, et au toucher, grosse tuméfaction annexielle bilatérale. Température, 39°5.

On retarde l'intervention jusqu'au 2 juillet 1926.

Laparotomie sous-ombilicale.

Grêle avec granulations.

Bloc compact comprenant l'utérus, les trompes distendues et les anses intestinales. Libération; excrèse conservant l'utérus et l'ovaire droit. Gros suintement en nappe obligeant à la mise en place d'un Mickulicz.

Suppression au huitième jour.

Sort au bout de un mois, sans fistule.

b) Les Fistulisations pariétales momentanées

OBSERVATION X

(*In thèse* DOMINIC.)

Mlle D., 21 ans.

Antécédents chargés: typhobacillose; rhumatisme tuberculeux; péritonite. Pleurésie séro-fibrineuse.

Le 20 mars 1929, quelques douleurs du côté droit dans le bas-ventre avec 38°. On pense à une appendicite légère; six jours après, douleur très violente dans la fosse iliaque droite avec syncope; 38°5 et pouls à 96.

Douglas douloureux. On opère d'urgence avec le diagnostic de perforation appendiculaire.

Incision de Jalaguier: écoulement de pus sans signes d'inflammation péritonéale; annexes droites volumineuses; on prolonge l'incision vers en bas. La trompe droite est dilatée, accolée à l'ovaire et à la face postérieure

de l'utérus. Perforation à son tiers inférieur, large de un demi centimètre avec pus. Annexeomie droite. La trompe gauche est scléreuse, on la laisse.

Mickulicz sur le côté droit du pelvis.

Suites bénignes, mais le trajet du Mickulicz ne se ferme pas.

Cette fistule pariétale est traitée par l'héliothérapie, l'antigène méthylique. L'état général s'améliore, les règles reviennent avec écoulement simultané de sang par la fistule.

La malade sort du service au bout de deux mois, présentant une petite fistule peu sécrétante; l'état général et l'état local sont satisfaisants.

OBSERVATION XI (*In thèse* PHILIPPE.)

Salpingite tuberculeuse droite succédant à une ascite.

Vve Th., 33 ans.

Anses bloquées par des adhérences avec les annexes; on fait une hystérectomie suivant la technique de Kelly. Mickulicz auquel on ajoute un drainage vaginal avec drain et mèches.

La malade sort le vingt-huitième jour en excellent état. Elle présente une petite fistule pariétale au niveau de la cicatrice de laparotomie; celle-ci se ferme presque totalement au bout de trois mois.

OBSERVATION XII

(*Même origine.*)

Annexite bacillaire avec ascite.

Mme M., 27 ans.

Entre le 14 janvier 1924.

Signes de pelvi-péritonite chronique. Températ., 38°5.

On trouve une ascite cloisonnée avec annexite bilatérale.

Hystérectomie subtotale, Mickulicz.

La malade sort le soixantième jour, ne présentant qu'une petite suppuration tuberculeuse de la paroi.

OBSERVATION XIII

(*In thèse GHINIS.*)

G. D., 43 ans.

Salpingo-ovarite tuberculeuse gauche avec péritonite et abcès enkysté.

C'est une malade soignée depuis longtemps qui est venue pour des phénomènes inflammatoires aigus.

Colpotomie inefficace.

.Laparotomie, hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly.

On rencontre de grandes difficultés en raison des adhérences intestinales intimes. On termine par un drainage vaginal et un Mickuliez abdominal.

Ablation du Mickuliez au dixième jour ; sort deux mois après, présentant une petite fistule qui se cicatrise au bout de six mois.

c) Les Fistules stercorales

OBSERVATION XIV

(*In thèse* DOMINIC.)

I. D., 29 ans.

Entre pour des douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de fièvre, avec le diagnostic d'appendicite. Depuis quatre ans, la malade souffrait d'une façon intermittente dans le ventre.

Très mauvais état général, signes d'imprégnation tuberculeuse.

A l'entrée, douleur moins vive, révélée dans la fosse iliaque droite. Température, 38°.

Au toucher, utérus bloqué en avant par une masse volumineuse, dure, peu douloureuse, remplissant tout le

petit bassin, bombant dans les culs-de-sacs latéraux et postérieurs.

Devant cet état aigu, on veut temporiser, la température est irrégulière.

Le quatorzième jour, évacuation de pus par le vagin; l'état général s'aggrave.

Opération: On trouve deux masses annexielles volumineuses remplissant le bassin; annexes droites très volumineuses. On pratique une hystérectomie subtotale et une appendicectomie.

On met en place un Mickulicz; l'état général reste mauvais, la fièvre hectique. A l'ablation du sac, apparaît une fistule stercorale, celle-ci se ferme rapidement mais la malade, un mois après l'intervention, évacue du pus par son rectum.

La plaie abdominale suppure encore deux mois après l'intervention.

Ultérieurement, périodes de cicatrisation et de fistulisation qui arrivent à la cicatrisation définitive.

L'origine tuberculeuse a été vérifiée par l'examen histopathologique des trompes et des ovaires.

OBSERVATION XV

(VILLARD, *Lyon Chirurgical*, 1927, 246.)

Janvier 1903. 20 ans.

Double abcès froid tubaire avec granulations sur le péritoine pelvien.

Annexectomie bilatérale, on met en place un tamponnement au Mickulicz pour drainer une poche de pus ouverte dans le péritoine. La cicatrice se ferme au bout de un mois. Trois mois après, apparition d'une fistule pyostercorale au niveau de la ligne de suture. Elle se ferme spontanément après avoir coulé pendant deux mois.

La guérison est obtenue et la malade sort en bonne santé; elle est revue en bonne santé, vingt ans après.

OBSERVATION XVI

(*In thèse* PHILIPPE.)

Salpingite tuberculeuse avec atteinte intestinale et péritonéale concommittante.

Mlle B., 29 ans. Entre le 16 octobre 1920.

On trouve à l'intervention six perforations siégeant sur le grêle et le sigmoïde. Il existe une salpingo-ovarite gauche. Le péritoine présente des poches purulentes cloisonnées.

Hystérectomie par hémisection utérine, on met en place un Mickulicz, on le retire le septième jour.

Une fistule pyo-stercorale apparaît alors; elle est peu importante, la malade sort du service un mois après. Revue le 2 novembre 1931, elle présente une mauvaise cicatrice et une petite fistule donnant issue à des gaz par intermittences; pas d'écoulement de matières, bon état général.

OBSERVATION XVII

(*Même origine.*)

Abscès froid unilatéral.

Mme R., 26 ans, entre le 13 mai 1923.

Annexectomie unilatérale; l'intervention laisse une région cruentée sur le grêle; du pus s'est écoulé du pyosalpinx.

On met en place un Mickulicz, une fistule pyostercorale persistante est notée à l'ablation du sac.

On réintervient à deux reprises, la fistule persiste néanmoins, quoique très petite, deux ans après.

OBSERVATION XVIII

(*Même origine.*)

Mlle P., 19 ans. Entre le 5 octobre 1912 pour salpingite gauche avec amenorrhée prolongée.

A l'intervention, salpingite kystique à gauche, adhérences étendues.

Hystérectomie par le procédé de Kelly, mise en place d'un Mickulicz; le côlon gauche qui a été déchiré en

cours d'intervention est extériorisé et fixé. La température est à 40°. On réintervient pour fermer l'anus iliaque, un mois après; une petite fistule persiste encore trois mois après.

OBSERVATION XIX

(Même origine.)

Mme R., 29 ans. Entre le 11 septembre 1922.

On diagnostique une salpingo-ovarite avec pelvi-péritonite; en dehors du diagnostic étiologique, on conclut à une infection banale et on pratique une colpotomie. La fièvre s'allume et l'état général décline.

On pratique alors une hystérectomie vaginale le 22 septembre. Il persiste une large fistule recto-vaginale.

On intervient par laparotomie le 2 décembre. On pratique une résection intestinale. Au cours de l'intervention, la vessie est ouverte. On met en place un Mickulicz. Une fistule stercorale apparaît et persiste jusqu'en 1924. Elle se ferme alors définitivement. L'état local est satisfaisant, la malade a grossi de 10 kilogs.

OBSERVATION XX

(*Même origine.*)

M., 32 ans; entre le 24 octobre 1923.

Pyosalpinx bilatéraux avec pelvi-péritonite tuberculeuse suppurée.

On pratique une hystérectomie subtotale. On ouvre de gros abcès pelviens. Mise en place d'un Mickulicz; fistule pyostercorale le dix-huitième jour.

On réintervient le 29 janvier 1924, on traite alors la fistule qui siégeait sur le sigmoïde, et on met en place un nouveau Mickulicz; mais l'état général est très mauvais, la malade meurt six jours après, dans un collapsus cachectique.

OBSERVATION XXI

(*Même origine.*)

N., 43 ans, entre le 28 février 1925.

Malade avec très mauvais état général, 40°.

On note un empâtement abdominal, un Douglas qui bombe.

Un mois après, la température a baissé à 38°; on pratique une colpotomie.

On réintervient par voie abdominale le 15 mai 1925. On pratique une hystérectomie subtotale, présence d'adhérences sur le grêle, pus dans le péritoine. On met en place un Mickulicz.

Ouverture d'une fistule pyostercorale le treizième jour.

On réintervient le 12 septembre et on excise le trajet fistuleux.

La malade sort alors, avec un excellent état général; il ne persiste qu'une petite fistule pariétale.

OBSERVATION XXII

(*In thèse GHINIS.*)

20 ans, entre le 16 juillet 1919.

Salpingite tuberculeuse bilatérale avec pelvi-péritonite, peu de fièvre.

On fait une hystérectomie subtotale par hémisection utérine, mise en place d'un Mickulicz.

Le huitième jour, apparition d'une fistule stercorale; elle persiste trois mois.

Réintervention en octobre: résection intestinale partielle, la fistule se reproduit.

Réintervention quatre mois après, la fistule est alors guérie définitivement, mais la malade fait une éventration qui est opérée deux mois après.

On constate à cette laparotomie l'arrêt évolutif de la tuberculose génitale et péritonéale; la malade sort définitivement guérie.

OBSERVATION XXIII

(*Thèse* DEHAN.)

Annexite tuberculeuse aiguë bilatérale. Péritonite. La malade est opérée à chaud un mois après le début de la période aiguë. On pratique une hystérectomie subtotal et on termine par un Mickulicz. On retire le sac le douzième jour. Fistule pyostereorale; on réopère deux mois après. Guérison définitive.

d) Les cas mortels

Nous rappelons d'abord l'Observation XX qui figure dans les cas compliqués de fistules pyostercorales.

OBSERVATION XXIV

(*In thèse* PHILIPPE.)

Mlle C., 23 ans. Entre le 21 mars 1931.

Tuberculose annexielle aiguë. Fièvre à 39°. On pratique une colpotomie qui n'est suivie d'aucune amélioration.

On pratique une hystérectomie subtotale par hémi-section utérine, on ouvre l'S iliaque et on constate l'existence d'une plaie basse du rectum datant de la colpotomie.

Après sutures de l'intestin et du rectum, on met un Mickulicz, et un drain vaginal; la malade meurt dans le collapsus le lendemain.

OBSERVATION XXV

(*Même origine.*)

Mme B., 29 ans. Entre le 31 juillet 1922.

Antécédents entachés de tuberculose.

On trouve une annexite double adhérente des deux côtés. On pratique une hystérectomie, au cours de laquelle le rectum se trouve ouvert. On met un Mickuliez qui est enlevé le sixième jour. La malade meurt ce jour-là en hyperthermie.

OBSERVATION XXVI

(*Même origine.*)

Mlle L., 23 ans.

Cette malade a subi une colpotomie en septembre 1923.

Au mois de novembre 1923, elle présente des accidents de syphilis secondaire, néanmoins on pratique une laparotomie.

On note une salpingite kystique, bilatérale adhérente; on pratique une annexectomie double, une éraillure de l'intestin est enfouie; on met en place un Mickuliez; la malade est décédée le huitième jour en hyperthermie.

OBSERVATION XXVII

(*Même origine.*)

Mme B., entre le 19 mars 1924.

On note une antéversion adhérente avec pyosalpinx bi-latéral adhérent et pelvi-péritonite. Au cours de l'intervention (hystérectomie subtotale), se produit une déchirure intestinale; on met en place un Mickulicz. L'état général est très grave, la malade meurt le troisième jour en hyperthermie.

OBSERVATION XXVIII

(*Thèse DEHAN.*)

G., 18 ans, entre à Broca, le 31 octobre 1919, pour salpingite gauche. Aucun antécédent pathologique; dépérissement depuis dix mois, date d'un dernier accouchement. Gros amaigrissement. Au toucher, le col et le corps utérin sont normaux. Dans les culs-de-sacs on sent, des deux côtés, des masses annexielles, dures, indolores, du volume d'une mandarine. Température, 38°.

On fait un traitement médical malgré lequel la température monte rapidement à 40°. Au toucher, apparaît

sent des signes de pelvi-péritonite suppurée; le Douglas bombe.

La température oscille, l'état général s'aggrave, on opère le 22 novembre.

Lésions salpingiennes englobant l'utérus et bloquant le petit bassin, adhérences du côlon pelvien, de l'épiploon et du grêle.

Hémisection utérine, hystérectomie; on met en place un Mickuliez.

Accalmie de deux jours; mais la température remonte, la plaie est violacée, atone.

La malade meurt le douzième jour, avec des signes de granulie et de septicémie tuberculeuse. L'hémoculture est restée négative.

L'examen histo-pathologique des pièces conclut à des lésions tuberculeuses infiltrant les annexes.

CHAPITRE III

Les résultats, leur interprétation

Avant d'entrer dans la discussion des résultats, il nous faut indiquer la matière sur laquelle nous allons nous baser.

D'une part, sur les 28 observations rapportées, d'autre part, sur les résultats exposés dans 15 autres observations dont nous n'avons que les conclusions.

Nous citons ici nos sources :

Daniel C. <i>Cf.</i>	18, 19
Donay. <i>Cf.</i>	23
Tavernier. <i>Cf.</i>	58
Bégouin. <i>Cf.</i>	7
Aubert. <i>Cf.</i>	3

Nous étudierons alors sur ce total de 43 observations les diverses éventualités.

A) LES GUERISONS SANS COMPLICATIONS

Nous en relevons 13.

Nous entendons par guérison, les cas où les suites opératoires sont favorables au point de vue cicatrisation, et évolution ultérieure de la tuberculose.

1. La cicatrisation est obtenue dans un délai variant entre un mois et deux. Si l'on compare ces temps à ceux que met un trajet de Mickulicz quelconque à se former, après l'ablation du sac, on constate qu'ils sont sensiblement les mêmes. La cicatrisation avancée très rapidement au début, puis semble se ralentir à la fin, où la petite ulcération reste longtemps recouverte d'une croûte et ne s'épidermise pas.

2. Dans ces cas, l'évolution ultérieure de la tuberculose semble nettement arrêtée. L'hystérectomie fut l'intervention la plus souvent pratiquée, devant l'étendue des lésions, et souvent par des auteurs partisans convaincus de la chirurgie conservatrice (Villard).

Est-ce qu'il eût été possible, ici, de se passer du Mickulicz? Sans doute, puisque le drainage aux drains a été plus souvent pratiqué que le Mickulicz dans de très nombreux cas comparables. Mais les résultats seraient-ils meilleurs? Le drain évacue correctement le pus, mais il est plus dangereux qu'utile, dès qu'il y a de larges surfaces dépéritonisées, qui saignent en nappe, car il ne peut ni cloisonner le péritoine, ni arrêter les hémorragies. Le Mickulicz pallie fort bien à ces inconvénients. Cloisonnant très bien, tamponnant mieux, il limite l'infection et fait l'hémostase. Il draine peu sans doute, mais peut-être a-t-il une action inconnue sur les lésions tuberculeuses par l'oxygénation et l'exsudation qu'il provoque. N'existe-t-il pas dans les résultats favorables de laparotomie exploratrice, certains facteurs thérapeutiques qui nous échappent?

B) LES RETARDS DE CICATRISATION ET LES FISTULES PARIETALES

Nous en relevons 8.

1. Nous y comprenons les cas où la cicatrisation définitive a demandé plus de deux mois pour s'effectuer et ceux où après une cicatrisation normale, une fistule s'est produite secondairement au niveau de l'ancien trajet du Mickulicz.

2. Dans trois cas, dont les Observations XI et XIII, cette fistule se cicatrise dans un temps allant de trois à six mois. Dans l'Observation X, le trajet paraît nettement tuberculisé, il n'y a aucune tendance à la fermeture. Ce qui n'empêche point la malade de reprendre un excellent état général. Les règles reviennent avec hémorragie complémentaire au niveau de la fistule. Dans les autres cas, l'évolution fut également prolongée, mais l'écoulement minime n'entrava en rien la vie sociale des malades.

3. Les traitements appliqués à ces fistules ont été variables depuis l'aseptie jusqu'aux cautérisations, aux injections de topiques modificateurs, jusqu'à l'héliothérapie, l'antigène méthylique.

4. Le Mickulicz est-il responsable de ces incidents? Certainement, mais au même titre que les autres méthodes de drainage. Ce qui favorise l'inoculation tuberculeuse de la paroi, c'est le fait de drainer, car on supprime

alors la barrière péritonéale, et, de plus, on fait passer au contact de la paroi, les liquides de drainage du foyer malade. La seule solution est la fermeture primitive, inapplicable aux cas graves que nous avons toujours en vue, fermeture qui ne préserve pas à coup sûr de la suppuration pariétale, malgré une asepsie soignée, et le changement d'instruments avant la reconstitution de la paroi.

C) LES FISTULES PYO-STERCORALES

Celles-ci constituent le principal reproche fait au tamponnement au Mickulicz. Leur fréquence n'est pas négligeable, mais leur pronostic est-il si sombre qu'il paraît au premier abord? Nous ne le pensons pas.

Sur 43 cas envisagés, nous trouvons 16 fistules pyo-stercorales.

1. Leur date d'apparition varie. En règle générale, c'est au moment où l'on retire le sac ou durant les quelques jours qui suivent, du septième au dix-huitième environ à dater de l'intervention. Dans deux cas, la fistulisation a été plus tardive; au bout de deux mois, dans l'Observation XIV et de trois mois dans l'Observation XV, alors que la cicatrisation avait été rapide (en un mois).

2. Le siège de ces fistules est en général: à la peau, l'orifice du trajet du Mickulicz; dans la profondeur, l'S iliaque ou le rectum. L'intestin grêle est plus rarement intéressé, l'écoulement est alors plus abondant et plus liquide.

Assez souvent, on note, soit plusieurs orifices intestinaux, soit une fistule vésicale associée (Tavernier), soit une fistule vaginale (Observation XIX, Observation de Convert), soit enfin, une fistule interne indépendante de la fistule pyo-stercorale.

3. L'évolution spontanée des fistules pyo-stercorales peut présenter diverses éventualités :

Parfois, la cicatrisation est rapide et complète en deux mois (Observation XV), en quatre mois (Observation XIV), ou en quelques semaines (Tavernier). Parfois, après disparition de l'écoulement stercoral, persiste une fistule pariétale ; qui, tout en ne donnant lieu qu'à un très minime écoulement persiste fort longtemps.

D'autres fois, la cicatrisation n'est obtenue que très tardivement ; des mois, des années sont nécessaires. On assiste alors à une série d'alternatives de cicatrisation et d'ouverture, avant que la guérison se maintienne définitive (Brocq).

Dans d'autres cas, on ne note aucune tendance à la guérison. Ce sont, assez souvent, de petites fistules, ne laissant passer que des gaz, mais dont la paroi paraît bien organisée.

4. Quelle est la part du drainage au Mickulicz dans l'étiologie de ces fistules ?

Les opinions varient. Greenberg, parlant du drainage en général, déclare : « Je n'ai observé de fistules stercorales que chez les malades drainés, soit environ 18 sur 200 cas », mais cette opinion ne peut nous satisfaire, car elle ne fait pas entrer en jeu les conditions anatomiques qui ont entraîné le drainage. L'opinion de J.-L. Faure, exprimée dans la thèse de Ghinis, est différente :

« Certes, il faut éviter le drainage, mais si le cas est difficile, il faut employer le Mickulicz et je ne crois pas alors qu'il faille lui imputer l'apparition des fistules. L'éventration est, au contraire, un de ses dangers ».

a) Quels sont donc les facteurs qui, en dehors du drainage, sont susceptibles d'être mis en cause? Nous notons d'abord les lésions intestinales étendues.

Parfois, il s'agit de fistulisation de foyers tuberculeux dans le tube digestif, plus rarement le vagin ou la vessie, lésions pré-existantes à l'opération (dans le cas de l'Observation XVI, il y avait six orifices de perforation siégeant sur le grêle et le sigmoïde); plus souvent il s'agit de blessures du grêle ou de l'S iliaque provoquées en cours d'intervention par la libération d'adhérences. Souvent la paroi intestinale est envahie par le processus tuberculeux, la rendant friable; ce qui peut, alors, amener de gros dégâts.

Il est souvent impossible d'enfouir parfaitement ces pertes de substance quand le péritoine est lésé, dévitalisé. Il est possible, alors, que le contenu intestinal filtre par capillarité le long des fils de suture et fasse ainsi le trajet de la fistule pyo-stercorale.

Parfois, il n'y a pas eu de blessure de la tunique musculieuse et muqueuse de l'intestin, mais le péritoine est éraillé; après l'intervention, les parois, mal protégées, pourront être envahies par le processus tuberculeux et se nécroser. Il peut, alors, se créer soit une fistule interne, faisant communiquer un abcès péritonéal enkysté et le tube digestif, soit une fistule pyostercorale si l'ouverture se fait au contact du sac.

Nous notons, enfin, comme causes favorisantes: les colpotomies préalables; en général, pratiquées par

erreur, l'étiologie tuberculeuse étant méconnue, et les abcès péritonéaux enkystés. Il semble, en effet, que les fistules soient plus fréquentes dans les annexites avec pelvi-péritonite caséuse ou purulente, que dans les annexites avec pelvi-péritonite plastique simple.

b) La tuberculisation du trajet fistuleux n'est pas constante, les quelques biopsies de trajet fistuleux, que nous avons trouvé, ne notent des lésions tuberculeuses que dans la moitié des cas. Il semble que, souvent, seul l'écoulement persistant du chyme intestinal empêche leur fermeture. Les fistules en général guérissent spontanément après un temps plus ou moins long. Celles qui, au contraire, ne témoignent d'aucune tendance spontanée à la guérison, sont en général tuberculisées.

5. Quel traitement appliquer à ces fistules pyostercorales?

Le traitement médical est toujours indiqué au début et presque tous les auteurs sont d'accord pour ne proposer la chirurgie que devant l'échec de celui-ci. On relèvera l'état général par les moyens toniques habituels et les antigènes bacillaires (Méthylique, Vaudremér), associés au traitement local: aseptie de l'orifice abdominal. Les injections modificatrices sont contrindiquées.

L'intervention secondaire dans le traitement des fistules a été pratiqué dans 9 cas sur les 16 fistules envisagées; du deuxième au quatrième mois, à dater de l'intervention initiale.

Parfois, on s'est borné à l'excision du trajet pariétal et à l'enfouissement de l'orifice intestinal profond. Plus souvent, on a pratiqué l'excision du trajet pariétal et la résection intestinale.

Ces interventions n'ont pas été définitives et dans deux cas (Observations XVII et XXII), on a réopéré deux fois.

Quels sont les résultats de ces opérations secondaires ? Si l'on s'en tient à la lettre, ils sont décevants. Sur sept résultats publiés, il y a trois guérisons définitives, un décès, une fistule pariétale, deux récidives. Mais il faut noter qu'il s'agit toujours de fistules de petit calibre, présentant, sur celles pour lesquelles on a opéré, l'avantage de permettre une vie sociale supportable.

Le résultat général et global des guérisons, soit primitives, soit secondaires à une réintervention, est de 9 sur 16.

D) LES AUTRES COMPLICATIONS

Elles sont moins fréquentes, partant moins intéressantes.

1. En premier lieu, il nous faut citer les éventrations. Nous n'y insisterons pas, car elles ne sont pas particulières à l'emploi du Mickulicz dans les annexites tuberculeuses, seule l'Observation XXII en apporte un cas.

2. En second lieu, nous citerons les complications classiques, mais rares : Les hémorragies en nappe au moment du retrait du sac, les péritonites progressives par défaut de cloisonnement péritonéal. Nous n'y insisterons pas non plus, n'en ayant relevé aucun cas.

E) LES CAS MORTELS

Nous relevons, dans notre travail, 9 cas mortels. Le pronostic général des interventions terminées par le Mickulicz est donc grave, fatal, dans 22 % des cas environ. Mais là encore, il faut chercher quels sont exactement les facteurs responsables.

1. Nous trouvons cinq fois des blessures intestinales en cours d'intervention, avant nécessité des sutures, et provoqué irruption de liquides septiques dans le péritoine. Le shock opératoire en était augmenté d'autant. Observations XX, XXIV, XXV, XXVI, XXVII.)

Trois fois, il s'agissait de tuberculose annexielle aiguë, dont la gravité est universellement reconnue. Observations XIV, deux cas de Béguoin).

Deux fois, les malades étaient entachées de syphilis, l'une d'elles faisait même des accidents secondaires (Observations XXV, XXVI).

Deux fois, les malades avaient subi des colpotomies quelques jours avant l'intervention. (Observations XXIV et XXVI).

Il n'est pas étonnant que ces malades chez lesquelles s'associaient de multiples facteurs de gravité, aient payé un lourd tribut à la mort.

2. Si maintenant, après avoir envisagé les facteurs de gravité opératoire ou post-opératoire, nous essayons d'étudier les conditions exactes de l'exérèse, nous remarquons que les dates varient peu : dans les huit à dix premiers jours, rarement plus tard.

Trois fois, la mort paraît due au shock opératoire (Observations XX, XXIV, cas de Béguin, I). Elle survient alors très précocement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Les observations notent laconiquement : collapsus, mort subite par syncope ; manifestement, l'organisme est incapable de réagir à l'importance du shock toxique, infectieux, anesthésique, qu'entraîne l'intervention.

Cinq fois il paraît s'agir de généralisation tuberculeuse ; soit qu'il s'agisse de septicémie simple (Observations XXV, XXVI,

XXVII, cas de Béguin, II), soit qu'il s'agisse de granulie avec signes de localisation tuberculeuse (Observation XXVIII).

Une fois, enfin, mort éloignée au deuxième mois par aggravation d'une tuberculose pulmonaire paraissant jusque-là stabilisée (cas Daniel).

3. Discutons enfin quelle est la part exacte du Mickulicz dans les suites fatales. Le gros reproche fait au Mikulicz avec quelque raison, est la fréquence des fistules stercorales ; il peut être justifié en partie, car elles sont de gros facteurs d'aggravation, mais nous avons montré plus haut l'évolution générale des fistules pyostercorales en nous attachant à montrer que le résultat éloigné, s'il était parfois défavorable, semblait n'aggraver que le pronostic local, jamais le pronostic vital.

Il semble donc bien que dans les cas malheureux, où la mort est, nous venons de le dire, précoce, il soit impossible de mettre en cause le drainage, qui, à ce moment-là n'a pas encore donné de fistule et a agi au contraire favorablement en drainant et en faisant l'hémostase.

Pour les cas de mort par collapsus, nous trouvons-là encore, le Mickulicz, non comme la cause, mais comme la conséquence nécessaire d'une opération grave; or, sans lui, le pronostic serait plus sombre encore.

Pour les cas de mort par généralisation, il est également évident que l'intervention sur des foyers tuberculeux vastes, surtout s'ils sont en évolution aiguë, font courir le risque d'un essaimage brutal. Nous retrouvons, du reste, ces cas défavorables, même dans des interventions relativement faciles et il ne semble pas que le drainage au Mickulicz, soit ici pour quelque chose.

Nous venons d'exposer les résultats, bons ou mauvais, du tamponnement au Mickulicz, dans les annexites tuberculeuses graves. Avant de conclure, nous voulons comparer l'ensemble des résultats obtenus, d'une part avec les résultats du Mickulicz en général, en dehors de la tuberculose, d'autre part, avec les cas de tuberculose annexielle où il n'a pas été utilisé.

Le Mickulicz a donné 16 fistules stercorales sur 43 cas de tuberculose (37 %), alors que dans les cas non tuberculeux, il en a donné 3 sur 37 (9 %) à Berger.

Nous notons 9 cas de mort sur 43 (20 %), alors que en dehors de la tuberculose, Daubrun note 5,5 %. Videt, notamment, plus de 55 % (?). Neïtcheff revient encore

récemment sur les inconvénients du Mickulicz en chirurgie abdominale.

Donc, gravité plus grande dans les cas de tuberculose que dans les autres. Mais cette comparaison défavorable, se retrouve dans tous les cas où l'on compare la tuberculose à une affection non tuberculeuse. Le pronostic général des annexites tuberculeuses est plus grave que celui des annexites banales. Si nous citons la statistique d'Hartmann basée sur un très grand nombre de cas, nous trouvons :

Salpingites tuberculeuses . . .	12,2 % de cas mortels
Salpingites banales	3,7 % de cas mortels

C'est à peu près la proportion à laquelle on arrive dans le cas particulier du Mickulicz.

D'autre part, comparer en matière de tuberculose, les résultats du Mickulicz et ceux des interventions sans drainage, amène à comparer des cas de gravités différentes ; les opérateurs sans drainage ne s'adressent qu'à des cas favorables, les autres aux cas défavorables.

Il resterait à faire une statistique sur les résultats comparés des divers procédés de drainage. Nous ne pouvons qu'apporter ici les résultats concernant l'emploi du Mickulicz, n'ayant pu trouver aucune statistique englobant les cas d'annexites tuberculeuses drainées.

CONCLUSIONS

Pour conclure ce travail, nous voulons nous efforcer de nous placer dans les conditions mêmes où se pose le problème.

I. — Il s'agit d'une annexite tuberculeuse grave dont l'indication opératoire a été imposée par la clinique; c'est en cours d'intervention que va se décider l'emploi du drainage.

II. — Notre esprit doit garder pour principe qu'il se trouve en présence d'une lésion tuberculeuse et que la tuberculose ne se draine pas. La règle doit donc être la fermeture sans drainage.

III. — Mais cette règle comporte des exceptions, fréquentes, du fait de la fréquence habituelle des formes graves :

Ce sont les cas où l'extension des lésions, l'exécution de sutures intestinales, l'infection surajoutée, l'hémorragie en nappe, l'impossibilité de la péritonisation enfin, veulent la terminaison de l'intervention impossible sans drainage.

Il faut alors employer le tamponnement de Mickuliez, car il est le seul qui remplisse la triple indication suivante :

drainer-tamponner-cloisonner

IV. — Quels résultats dans ces circonstances bien précises ?

Des complications ? Oui, certes, et nombreuses et fréquentes, mais exceptionnellement graves, car elles n'influent que sur le pronostic local, non sur le pronostic vital.

Des succès, oui encore, car il permet, malgré ces complications, de sauver la vie à plus de la moitié des malades chez lesquelles il est indiqué.

Nous sommes ainsi objectivement amenés à soutenir l'opinion de Villard quand il dit :

« Le pronostic du tamponnement de Mickulicz est sombre parce qu'il s'adresse à des lésions profondes, mais en lui-même, il améliore le pronostic de ces cas exceptionnellement graves. »

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEVIZATOS. — Trait. chirur. de la péritonite tuberculeuse. *Bull. et Mémoires de la Soc. de Chirur. de Paris*, 1924.
2. ARLOTTA (M.). — Il Drenaggio permanente della peritonite tubercolare. *Minerva medic. Torino*, 1922, p. 425.
3. AUBERT (M.-L.). — *Gynéc. et Obstét.*, 1933, p. 474.
4. BARDEBLEN. — Traitement chirur. de la tuberculose. *Gynécol. Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1912.
5. BARTHÉLÉMY. — Diagnostic et traitement de la tuberculose génitale. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1924, page 541.
6. BAZY (P.). — Traitement de la péritonite tuberculeuse. *Revue Génér. Clin. et Thérap.*, Paris, 1924, p. 8623.
7. BÉGOUIN. — Tuberculose annexielle à marche aiguë à forme septicémique. *Soc. Gyn. et Obst.*, 1933, p. 466.
8. BERGÉ. — Drainage au Mickulicz en chirurgie gynéc. *Thèse Bordeaux*, 1926.
9. BILIG. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *Thèse Montpellier*, 1914, n° 9.
10. BROcq (P.). — Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle. *Soc. Gynéc. Obst.*, août 1933, 11, p. 187.
11. BROcq et DUPEUX. — Idées actuelles sur traitement de la tuberculose utéro-annexielle. *La Médecine*, 1934, page 270.

12. BROCO, MOULONGUET et GILBERT. — Tuberculose utéro-annexielle. *Premier rapport au VIII^e Congrès de Gynéc. et Obst. de Langue française. Soc. Gyn. et Obst.*, 1933, 11, p. 146.
13. CHAUFTON. — Etude de la tuberculose annexielle. *Thèse Paris*, 1905.
14. CONDAMIN (F.). — Traitement chirurgical de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon*, 1928, n° 31.
15. CONVERT. — Fistule tuberculeuse spontanée d'une tuberculose annexielle. Castration. *Lyon Médical*, 1919, p. 347.
16. COUSYN. — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. *Thèse Paris*, 1902, n° 481.
17. DAMBRUN. — Le drainage au Mickulicz. *Bull. Soc. Gynéc. et Obst.*, 1929, p. 649.
18. DANIEL (C.). — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. *VIII^e Congrès des Gynéc. et Obst. de Langue française*, 1933, 454.
19. — Tuberculose utéro-annexielle. *La Gynéc.*, Paris, 1927, p. 445.
20. DÉHAN. — Etude clinique de la tuberculose annexielle. *Thèse Lille*, 1920.
21. DELANNOY. — Le Mickulicz en gynécologie. *Bull. de Soc. Gyn. et Obst.*, 1925, p. 467.
22. DOMINIC. — Contribution à l'étude de la tuberculose utéro-annexielle. *Thèse Montpellier*, 1935, 61.
23. DOUAY. — *Gynéc. et Obst.*, Paris, 1933, p. 476.
24. DUPONT (R.). — Fistule recto-vaginale d'origine tuberculeuse après colpotomie. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 1929, p. 318.
25. DUVERGEY. — Diagnostic et traitement de la tuberculose pelvienne de la femme. *Journal médic. franç.*, Paris, 1913, XII, p. 285.
26. FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynéc.*, 1927.
27. FAURE et SIREDEY. — *Traité de Gyn.*, 1915.
28. FOURNIER. — Tuberculose génitale et péritonéale et puerpéralité. *Gyn. et Obst.*, 1929, p. 105.

29. GAEVICH (E.-P.). — Mickulicz's disease and tuberculosis Sovet. *Vestnik Oftal*, ix, 337-36.
30. GHINIS. — Tuberculose annexielle. Résultats éloignés du traitement chirurgical. *Thèse Paris*, 1922, n° 306.
31. GREENBERG. — Tuberculose annexielle. Etude clinique de 200 cas. *John Hopkins Hospital Reports*, 1921, tome xxi.
32. GUIBAL (P.). — La tuberculose péritonéale aiguë, son traitement chirurgical. *Bull. Médec. de Paris*, 1912, v, p. 329.
33. GUILLOU (J.). — *Drainage en gyn.*, 8°, Paris, 1922.
34. GUYOT (M.-J.). — Discussion à la Soc. de Gyn. et Obst. *Gyn. et Obst.*, 1933, p. 470.
35. GUYOT et PRINCETEAU. — Un cas de tuberculose annex. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1926, p. 487.
36. HARTMANN et BERGERET. — Résultats d'intervention pour tuberculose annexielle. *Gynéc. et Obst.*, 1920, II, page 3.
37. HEUILLY. — Suites éloignées de la tuberculose génitale. *Bull. Soc. Fr. Gyn. et Obst.*, 1924, p. 738.
38. KELLE. — Drainage en Gyn. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1930, p. 687.
39. — L'opération dans les cas graves de tuberculose annexielle. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1934, p. 90.
40. KELLER-THADDEE. — Considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1928.
41. LAPEYRE. — Traitement de la tuberculose génitale de la femme. *Congrès Internat. de la Tuberculose*, Rome, 1912.
42. LAPEYRE-ESTOR. — Tuberculose annexielle à marche aiguë. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1935, p. 531.
43. LANTUEJOUL. — Tuberculose génitale de la femme. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, 1932, p. 432.
44. LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, page 531.
45. LEGUEU. — *Traité de gynéc.*, 1914.

46. MARTOS. — Tuberculose pelvienne à forme d'abcès chaud pelvien. *Thèse Lyon*, 1935.
47. MASSABUAU et GUIBAL. — La thérapeutique conservatrice en gynéc. *VIII^e Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obst. de Langue française*, Paris, 5-6-7 octobre 1933. In *Gynéc. et Obst.*, septembre 1933, t. XXVIII, n° 3, p. 330.
48. NEÏTCHEFF. — Contribution à l'étude du drainage au Mickulicz. *Thèse Montpellier*, 1936, n° 7.
49. OLIVIER. — Traitement de la tuberculose annexielle. *Thèse Lyon*, 1912, n° 87.
50. PATEL. — Traitement de la tuberculose génitale. *Rapport au Congrès Intern. de la Tuberculose*. Rome, 1912. In *Revue de Gyn. et de Chirur.*, 1912.
51. PARCELLIER. — Fistules pyostercorales après intervention pour tuberculose utéro-annexielle. *Soc. de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 11 févr. 1932.
52. PETERSON. — 100 cas de tuberculose pelvienne. Résultat du traitement chirurgical. *Am. Journal of Obstetrics and Gynec.*, 1922, p. 234.
53. PHILIPPE. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse Lille*, 1925.
54. REMILLY. — Sur 32 observations de femmes opérées de tuberculose génitale. *Thèse Paris*, 1920, n° 356.
55. ROCHAT. — Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle. *Gyn. et Obst.*, 1933, 11, p. 220.
56. ROUFFART et THIRIER. — Indicat. du drainage en chirurgie abdominale. *Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst.*, 1927, p. 689.
57. SANTY. — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte. *Soc. de chirur. de Lyon*, décembre 1927.
58. TAVERNIER. — Discussion à la Soc. de Chirur. de Lyon, à propos de la séance du 1^{er} décembre 1927. *Soc. de Chirur. de Lyon*, 1927.

59. TONEFF (E.). — Traitement conserv. de la tuberculose annexielle de la femme. *Gyn. et Obs.*, 1926, III, 205.
60. TURNESCO et LORY. — Observ. de tuberculose annexielle. *Bull. de Soc. anatomique*, 1921.
61. VILLARD. — Traitement de la tuberculose annexielle. *Lyon Chirurg.*, 1927, p. 246.
62. VILLARD et CONDAMIN. — Indicat. du Mickulicz. *Gyn. et Obst.*, 1929, I, p. 250.
63. VIOLET (H.). — Comment terminer les interventions au point de vue du vice du drainage et de l'emploi du Mickulicz. *La Gynéc.*, Paris, 1927, p. 193.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,

j'ai lu la thèse ayant pour titre :

*Le Mickulicz dans les
annexiles bacillaires*

par Pierre BONALD

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 8 Janvier 1938

le Professeur, LAPEYRE

Vu :

Montpellier, le 12 Janvier 1938

le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 Janvier 1938

Le Recteur,

PARISELLE.

Table des Matières

Avant-propos	9
Introduction	11

CHAPITRE PREMIER

Le traitement chirurgical des annexites tuberculeuses graves	13
---	----

CHAPITRE II

Observations de drainage au Mickulicz	
a) Les cas favorables	18
b) Les fistulisations pariétales momentanées..	26
c) Les fistules stercorales	29
d) Les cas mortels	37

CHAPITRE III

Les résultats, leur interprétation	41
a) Les guérisons sans complications	41
b) Les retards de cicatrisation et les fistules pariétales	43
d) Les autres complications	48
e) Les cas mortels	53
Conclusions	53
Bibliographie	55

